CONSIDÉRATIONS

N° 37.

SUR

LES FISTULES STERCORALES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 février 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR H.-A. MORÈRE, de Verrières,

Département de Seine-et-Oise;

Bachelier ès lettres et ès-sciences.

Gardons-nous de nous laisser influencer par l'autorité des noms, par l'ascendant de l'exemple, par le fanatisme contagieux des génies systématiques; mais gardons-nous aussi de présumer tellement de la justesse de notre esprit, qu'après avoir avancé une opinion quelconque, il ne nous soit plus possible de la rétracter.

Rostan, Cours de médecine clinique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur*.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	.....
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur*.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Président*.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin, *Suppléant*.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet, *Examinateur*	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance, *Examinateur*.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI, MON PREMIER MAÎTRE.

A MA BONNE MÈRE.

Comme une preuve de respect, d'amour filial et de gratitude pour les nombreux sacrifices qu'ils ont faits pour mon instruction.

A MES FRÈRE ET SŒURS.

Gage d'une inaltérable amitié.

A MONSIEUR AMUSSAT,

Docteur en chirurgie de la Faculté de Paris ; Professeur particulier de médecine opératoire ; Membre de l'Académie de médecine, des Sociétés de médecine du département de la Seine, de Louvain, de Lexington, etc., etc.

Agréez, Monsieur, le témoignage public de mon respectueux dévouement et de ma vive reconnaissance ; vous qui m'avez admis dans votre intimité, instruit par vos préceptes et votre exemple, et qui m'honorez de votre bienveillance.

H.-A. MORÈRE.

A MON PÈRE,

NOS PREMIERS ADIEUX, NOS PREMIÈRES LARMES.

A MA BONNE MÈRE.

Comme une preuve de respect, d'amour filial et de gratitude pour les nombreux sacrifices qu'Elle a faits pour mon instruction.

A MES FRÈRE ET SŒURS.

Gage d'une inaltérable amitié.

A MONSIEUR AMUSSAT,

Docteur en chirurgie de la Faculté de Paris ; Professeur particulier de médecine opératoire, Membre de l'Académie de médecine, des Sociétés de médecine du département de la Seine, de Louvain, de Lexington, etc., etc.

Agréez, Monsieur, le témoignage public de mon respectueux dévouement et de ma vive reconnaissance ; vous qui m'avez admis dans votre intimité, instruit par vos préceptes et votre exemple, et qui m'honorez de votre bienveillance.

H.-A. MORÈRE.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES FISTULES STERCORALES.

On donne le nom de *fistule à l'anus* à des canaux ulcéreux plus ou moins sinueux, plus ou moins profonds, entretenus par une perforation, ou seulement par une dénudation du rectum, avec ou sans ouverture à l'extérieur.

On les divise en *fistules complètes* et *incomplètes* : les premières sont celles qui s'ouvrent dans l'intestin et sur la peau (je pense qu'il est plus exact de les nommer *recto-cutanées*) ; les secondes sont les fistules incomplètes internes ou borgnes et internes, qui communiquent dans l'intestin sans avoir d'orifice extérieur (*rectales*) ; les fistules externes ou borgnes et externes, qui s'ouvrent sur les tégumens sans perforer le rectum (*cutanées*).

Les fistules à l'anus sont ordinairement la suite d'abcès développés près de l'extrémité inférieure du rectum ; d'autres fois elles sont entretenues par la présence d'un corps étranger. Indiquer la cause de ces abcès, c'est faire connaître celles des fistules qui leur succèdent.

On se rendra facilement raison de la fréquence des abcès à la marge

de l'anus, si on considère que l'extrémité inférieure du rectum est plongée dans un tissu cellulaire très-abondant, et entourée de veines nombreuses dans lesquelles le sang circule avec lenteur; si en même temps on tient compte des fluxions hémorrhoïdales, de la constipation habituelle, du refoulement du sang veineux contre son propre poids chez les individus qui font de longs voyages en voiture; des contusions, et surtout de la présence de corps étrangers dans le rectum, tels que des noyaux, épingles, arêtes de poissons, etc., qui, introduits dans l'estomac, parcourent sans accident toute l'étendue des voies digestives, mais, arrivés près de l'extrémité inférieure du rectum, au-dessus des sphincters, s'arrêtent fréquemment, dans cet endroit, dans les cryptes muqueux qui garnissent son extrémité inférieure, irritent les parois de l'intestin; l'inflammation s'empare du point perforé, une légère suppuration lui succède, le corps s'engage plus facilement, et, à mesure qu'il avance, il se développe de nouveaux points d'inflammation et de suppuration, jusqu'à ce que le corps étranger soit venu perforer les tégumens à une distance plus ou moins éloignée de l'ouverture interne.

Mais, sans qu'il y ait de corps étranger, le rectum peut s'enflammer. A la suite de cette inflammation, comme à la suite d'affections cancéreuses, syphilitiques de cette partie, des ulcérations peuvent se former, et les mucosités intestinales, les matières fécales même, se trouvant continuellement en contact avec le tissu cellulaire environnant, celui-ci s'enflamme et un abcès se forme. Souvent les abcès de la marge de l'anus reconnaissent pour cause l'inflammation d'une tumeur hémorrhoïdale. Enfin des abcès peuvent se former à l'anus, comme dans d'autres parties, sans qu'on puisse en saisir la cause.

Les fistules à l'anus diffèrent, disons-nous, suivant qu'elles sont recto-cutanées, rectales, ou seulement cutanées; mais elles offrent encore d'autres différences qu'il importe de passer en revue: ces différences sont relatives au nombre des orifices intérieurs et extérieurs, à la hauteur des orifices internes, à la situation, l'étendue, la direc-

tion des trajets fistuleux, à l'état du rectum, du tissu cellulaire environnant, enfin à l'état général du malade.

Fistule complète. Il n'existe le plus souvent qu'un orifice fistuleux interne; quelquefois, mais rarement, on en trouve plusieurs. M. *Ribes*, anatomiste distingué, à qui nous devons d'intéressantes recherches sur ce sujet, a vu que, sur plus de quatre-vingts cadavres ayant des fistules, quelques-unes avaient deux orifices internes; une seule en avait trois, placés à des distances éloignées. La hauteur à laquelle est situé cet orifice est variable suivant les auteurs. Un grand nombre de chirurgiens pensent que ce siége peut être quelquefois très-élevé. *Desault* admettait que cet orifice pouvait être bien au-delà de la portée du doigt; presque tous les écrivains ont adopté cette opinion, et c'est celle que professe M. *Dupuytren*.

D'autres praticiens émettent une opinion contraire, et parmi eux qu'il nous suffise de citer *Sabatier*, qui dit que, pendant quarante ans de pratique, il a opéré un grand nombre de fistules à l'anus, et a toujours trouvé l'orifice interne près la marge de l'anus; M. *Ribes*, qui l'a trouvé le plus souvent immédiatement au-dessus de l'endroit où la membrane muqueuse rectale s'unit avec la peau, quelquefois un peu plus haut, mais jamais plus de cinq ou six lignes au-dessus, car, sur les quatre-vingt cadavres d'individus morts avec cette affection et soumis à son observation, chez aucun l'orifice interne ne dépassait cette hauteur. C'est aussi l'opinion qu'émet M. *Amussat*, opinion basée sur un grand nombre d'observations faites tant sur les cadavres que sur les malades qu'il a opérés. (Cours d'opération, année 1829.)

Il paraîtrait, d'après cela, que dans le cas où l'orifice interne a été supposé placé au-dessus de la portée du doigt, cela tenait à ce que la dénudation du rectum étant fort étendue, il a été difficile de trouver, avec le stylet, le siége précis de cette ouverture, par l'habitude que l'on a de la chercher à la partie supérieure du trajet fistuleux, ou

bien aussi parce qu'il est très-facile de faire pénétrer le stylet dans le tissu cellulaire lâche qui entoure le rectum.

Cet orifice, ainsi que les trajets fistuleux, sont plus souvent situés sur les côtés qu'en avant et en arrière. La direction de ces trajets varie; mais cependant ils ont, le plus souvent, une direction transversale, surtout lorsque l'orifice externe est loin de l'anus et l'interne très-bas. Voici, en général, la marche qu'ils suivent : le trajet fistuleux passe verticalement entre le sphincter interne et la membrane muqueuse rectale, puis obliquement en dehors du sphincter externe, et arrive enfin à la peau. D'autres fois ils se portent perpendiculairement en bas, entre la face interne des deux sphincters et la membrane muqueuse, puis ils passent sous le bord inférieur du sphincter externe, en se recourbant et se dirigeant horizontalement entre ce bord et la peau. Dans ce cas le trajet fait un angle, ce qui rend difficile ou même impossible l'introduction d'un stylet dans toute sa longueur.

La surface interne des trajets fistuleux est tapissée par une membrane que M. le professeur *Dupuytren* a démontrée être formée aux dépens du tissu cellulaire. Cette membrane est parsemée d'une multitude de vaisseaux capillaires et unie aux parties environnantes par un tissu très-serré; sa sensibilité est, en général, assez obscure ; elle est le siége d'une exhalation et d'une absorption très-actives. Elle a quelque analogie avec les membranes muqueuses, sous le rapport de son épaisseur, de sa couleur, de son mode d'union aux parties dans lesquelles elle se développe, et de la nature du fluide qu'elle exhale ; mais elle en diffère, parce qu'elle n'est pas revêtue, comme ces membranes, par une couche mince d'épiderme, parce qu'elle est dépourvue de cryptes muqueux, et enfin par la tendance qu'ont à s'oblitérer les canaux qu'elle forme. Elle se termine à l'orifice interne par une espèce de bourrelet environné de plis, comme déchiré, mou chez certains sujets, dur et calleux chez quelques autres, et surtout chez les personnes qui sont affectées de cette maladie depuis long-temps. A l'orifice externe, on trouve la peau molle, violette, amincie, souvent décollée dans une assez grande étendue.

La fistule complète (*recto-cutanée*) se présente sous plusieurs formes, et a reçu, à raison de ses formes, des dénominations particulières. On donne le nom de *fistule simple* à celle qui n'a qu'un seul trajet et un seul orifice à la peau; *fistule composée* à celle qui présente plusieurs orifices externes et plusieurs trajets aboutissant tous à un seul orifice interne; *fistule compliquée* à celle qui est accompagnée de callosités, de décollement de la peau dans une étendue plus ou moins grande, de la carie des os du bassin; *fistule double* à celle qu'accompagne une autre fistule placée ordinairement du côté opposé.

L'état général de la santé chez les sujets affectés de fistules à l'anus mérite beaucoup d'attention. Souvent elle n'est pas sensiblement altérée; chez d'autres la maigreur est extrême, les forces diminuent journellement, la suppuration est très-abondante; il y a de la fièvre, le teint est jaune-paille, les malades présentent l'aspect des individus atteints d'affections cancéreuses commençantes. (Telle était la situation du nommé Niogret, dont je cite l'observation, que je dois à l'obligeance de M. *Amussat*.)

Si on opère la fistule, tous ces accidens cessent, et le malade recouvre la santé.

Il n'en est pas de même, disent tous les auteurs, lorsque la fistule à l'anus est consécutive à la phthisie pulmonaire; et dans ce cas il faut bien se garder d'opérer, car en opérant la fistule on accélère les progrès de l'affection interne, on abrége les jours du malade, et, loin de chercher à la guérir, on devrait désirer qu'il s'en formât une. M. *Heurteloup* fils a même proposé de faire artificiellement une fistule à l'anus au moyen d'un instrument imaginé pour cet usage; mais je ne sache pas qu'on en ait obtenu des résultats avantageux.

Pour moi, je pense qu'on a trop exagéré les accidens qui peuvent résulter de l'opération de la fistule à l'anus chez les phthisiques; et, pour étayer mon opinion, je cite l'observation suivante.

M. Franck, âgé de quarante-deux ans, tailleur d'habits, d'une faible constitution, ayant une poitrine étroite, et se plaignant de ressentir des douleurs dans le thorax lorsqu'il se livre assidûment à ses

occupations, ayant même eu il y a deux ans une légère hémoptisie, vit se former, il y a seize ans, au pourtour de l'anus, un abcès, qui s'ouvrit spontanément, et dont l'ouverture demeura fistuleuse. Environ six mois après l'ouverture de l'abcès, M. Franck entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, où sa fistule fut opérée par la méthode de l'incision; trois mois après la cicatrisation fut complète.

Mais, dans le mois d'octobre 1827, il se forma encore un abcès à la marge de l'anus, du côté opposé à celui qui avait apparu en 1812; comme le premier, il s'ouvrit spontanément et dégénéra en une fistule, qui bientôt fut suivie d'une autre.

M. Franck consulta un médecin, qui ne jugea pas convenable de l'opérer, pensant que l'opération était contr'indiquée chez un malade qui semblait phthisique, et regardant ensuite ces fistules comme un exutoire utile, qui pourrait suppléer aux moyens qu'on emploie ordinairement pour détourner l'irritation portée sur les organes pulmonaires.

Néanmoins ce médecin désira que son avis fût appuyé par un de ses confrères, et M. le docteur *Amussat* ayant été consulté, déclara, après un examen attentif, ne pas partager l'opinion de son honorable collègue; il jugea l'opération nécessaire, attendu que si on n'opérait pas ce malade la fistule ne cesserait de faire des progrès, envahirait tout le pourtour de l'anus, exposerait le malade, déjà affaibli par son affection pulmonaire, à tous les accidens de la résorption du pus, à la dégénérescence cancéreuse, etc., sans aucun avantage réel pour la cure de la phthisie pulmonaire, puisqu'on pouvait suppléer à cette suppuration naturelle au moyen d'un exutoire.

L'opération fut décidée, et le 2 décembre M. *Amussat* la pratiqua en incisant les deux trajets fistuleux jusqu'au rectum; aucun accident ne suivit cette opération, au mois de mars la cicatrisation fut complète. Dans les premiers jours de février M. *Amussat* avait fait établir un cautère à la cuisse.

Depuis cette époque la santé générale du malade s'est sensiblement améliorée, son teint s'est éclairci, l'expression de ses yeux est

plus vive ; il a de l'appétit ; ses forces sont augmentées, et depuis trois ans que cet individu est opéré il n'a éprouvéaucuns accidens graves dans les organes de la respiration, quoiqu'il soit certainement phthisique; car peu de temps après la complète cicatrisation de la plaie, M. *Amussat* l'ayant présenté à une société médicale, et ayant rapporté son observation, plusieurs membres objectèrent à ce chirurgien, que si cette opération avait été couronnée de succès, *cela tenait à ce que le malade n'était point phthisique ;* mais que, puisque le malade se trouvait là, il fallait s'en assurer ; et ayant pratiqué eux-mêmes l'auscultation et la percussion ; ils reconnurent *évidemment des cavernes dans le poumon.*

Ce fait, joint à plusieurs autres que j'ai observés dans la pratique de M. *Amussat,* peut être cité en faveur de l'opinion de ce praticien, qui veut que les fistules à l'anus soient toujours opérées. Et, en effet, pourquoi n'opérerait-on point les fistules à l'anus chez les phthisiques, est-il bien prouvé que ces fistules soient symptomatiques de la phthisie ? Je ne le pense pas, car si certains phthisiques sont affectés de fistules stercorales, il en est un bien plus grand nombre qui meurent sans en être affectés, de même qu'il y a beaucoup d'individus qui ont des fistules à l'anus sans présenter aucuns signes de la phthisie. Il ne faudrait cependant point conclure de là que je pense qu'en guérissant la fistule on n'expose le malade à aucuns accidens, mais seulement qu'ils ne sont pas autres que ceux qui pourraient résulter de la cicatrisation de tout autre ulcère ancien ; et que, comme dans ces cas on évite les accidens au moyen d'un exutoire, pourquoi n'en serait il point de même dans la phthisie.

Je crois donc que le principe que donnent les praticiens, de ne jamais opérer la fistule à l'anus chez les phthisiques, est trop exclusif, et que, dans un certain nombre de cas, on pourrait, au moyen de cette opération, prolonger leur existence et leur éviter les inconvéniens toujours graves d'une fistule à l'anus.

Signes des fistules à l'anus. On reconnaît les fistules à l'anus com-

plètes (*recto-cutanées*) aux caractères suivans : on voit près de l'anus une ou plusieurs ouvertures, qui sont les suites d'un abcès qui a percé de lui-même, ou dont on a procuré l'évacuation par une incision convenable, d'où suinte une sanie purulente et par lesquelles s'échappent, chez certains sujets, des matières excrémentitielles, des gaz et même des vers. Cependant il faut souvent beaucoup d'attention pour reconnaître ces orifices, parce que, lorsqu'ils sont très-petits et très-rapprochés de la marge de l'anus, ils se cachent dans les plis qui froncent les bords de cette ouverture, ou se présentent souvent sous la forme d'un petit bouton blanc qui échappe aux yeux de l'observateur.

Lorsqu'on a découvert l'orifice externe, il faut sonder le trajet : pour cela le malade doit être couché près du bord de son lit, sur le côté correspondant à la fistule, le tronc légèrement fléchi, la cuisse qui touche le lit étendue, l'autre assez fortement fléchie. Puis on fait traverser perpendiculairement au stylet l'ouverture de la peau ; ensuite on le dirige horizontalement sous elle et du côté de l'anus, après quoi, lui faisant faire un coude, on le dirige en haut et en dedans. Quand la sonde a pénétré, on introduit dans l'anus le doigt indicateur enduit d'huile ou de cérat, afin de sentir l'extrémité de l'instrument et de s'assurer s'il a rencontré l'orifice interne : quelquefois la sonde est inutile pour découvrir cet orifice, qui se manifeste au simple contact du doigt sous la forme d'un bourrelet, dont nous avons déjà parlé. S'il existe plusieurs pertuis extérieurs, il faut examiner si la fistule n'est pas multiple ; à cet effet, on introduit un stylet dans chacun de ses pertuis, et on voit par leur position respective quel est le nombre et la direction de ses trajets. La dénudation du rectum, qui s'étend quelquefois fort haut, est une circonstance qui concourt à rendre difficile la découverte de l'orifice interne. On a conseillé, pour y parvenir, de faire usage de sondes flexibles, mais elles n'ont aucune utilité réelle ; car, quelle que soit leur flexibilité, elle ne va jamais jusqu'au point de leur permettre de suivre toutes les courbures que le trajet fistuleux peut présenter. Les injections colorées offrent une ressource bien plus efficace ; c'est le *seul moyen*

de s'assurer s'il y a perforation du rectum ou seulement dénudation.

Dans quelques cas, des fistules urinaires dont l'orifice extérieur était près de l'anus, ont été prises pour des fistules du rectum. Une telle erreur peut avoir des conséquences fâcheuses; il importe donc de la signaler et d'indiquer les signes à l'aide desquels on peut l'éviter. Les fistules urinaires versent un pus peu consistant, exhalant une odeur urineuse, qui tache en blanc les linges du malade; tandis que les fistules stercorales fournissent un liquide dont la couleur est ordinairement brune. Les orifices des fistules urinaires sont ordinairement étroits, calleux; une sorte de corde, distincte à travers les tégumens, marque leur trajet, et se dirige vers le périnée au lieu de se porter du côté du rectum. Mais les principaux signes de ces fistules sont : 1°. de fournir une quantité plus abondante de liquide au moment de l'éjection de l'urine; 2°. d'avoir été précédées ou d'être accompagnées de difficulté dans l'excrétion de l'urine; 3°. d'être jointes à une sensation douloureuse dans un point du canal de l'urètre à chaque évacuation de ce liquide. Cette sensation pénible est due au passage d'une certaine quantité d'urine dans la fistule à son orifice intérieur.

Les fistules à l'anus complètes restent assez souvent stationnaires; cependant, lorsqu'elles durent depuis long-temps, elles s'entourent de callosités de plus en plus étendues.

On rapporte quelques cas de guérison spontanées de fistules à l'anus. M. *Ribes* cite dans son intéressant Mémoire plusieurs cas de guérisons spontanées, et entre autres l'observation d'une femme qui le consulta pour un ulcère qu'elle avait à peu de distance de l'anus, et qui la faisait beaucoup souffrir. M. le docteur *Ribes*, ayant soupçonné une fistule, sonda cet ulcère, et le stylet pénétra facilement dans le rectum; mais cette dame n'étant point décidée à se faire opérer, et M. *Ribes* ayant été obligé de quitter Paris, trouva à son retour, dix mois après, l'ulcère parfaitement guéri, sans que cette dame eût subi d'opération, et depuis cette époque elle n'a jamais rien éprouvé

qui pût lui faire craindre le retour de la maladie. J'ai observé un cas à peu près semblable dans la pratique de mon père. *J.-L. Petit* cite plusieurs cas de fistules entretenues par le virus syphilitique guéries par le seul emploi du mercure.

Les accidens que cette affection peut entraîner à sa suite sont : 1°. un décollement de l'intestin, qui peut être très-étendu et aller au-delà de la portée du doigt, décollement dû à ce que le pus trouve plus de facilité à s'épancher dans le tissu cellulaire très-lâche qui environne cet intestin qu'à se faire jour de suite à la peau ; 2°. le nombre des trajets qui sont dûs à des inflammations successives, et qui se font de la manière suivante : un clapier se forme vers la partie supérieure de la fistule, du pus y séjourne ; alors, ne pouvant s'échapper en totalité par l'ouverture ancienne, il tend à s'en former une nouvelle ; de là les ouvertures nombreuses dont la peau est quelquefois criblée ; 3°. le décollement de la peau dans une étendue plus ou moins grande, dû à ce que la collection purulente a fait beaucoup de ravage en largeur avant de perforer cette membrane ; 4°. l'abondante suppuration ; 5°. enfin cette maladie expose à tous les accidens des plaies suppurantes, tels que la dépravation du pus, son croupissement, son absorption, etc.

La fistule incomplète ou borgne et interne (*rectale*) n'a, comme nous l'avons dit, qu'un seul orifice, et cet orifice est intérieur. Voici, d'après M. le professeur *Boyer*, à quels signes on reconnaît cette affection : le malade rend du pus par le fondement au moment où il va à la selle, ce pus est étendu sur les excrémens, sans être mêlé avec eux. La défécation est accompagnée de douleur, et la compression exercée par le doigt à l'extérieur de l'anus ou dans le rectum provoque une sensation pénible ; la couleur de la peau est souvent altérée dans l'endroit qui correspond au mal ; elle est livide, dure et empâtée. Si l'on explore avec le doigt l'intérieur du rectum, on y reconnaît des inégalités qui ne sont point naturelles à cette partie et qui indique le lieu de l'ouverture interne de la fistule, rarement éloignée de l'anus ; de plus, elle succède à une tumeur inflammatoire

qui, formée près de l'anus, s'est vidée par le rectum et a donné lieu à un écoulement habituel de pus.

Fistules borgnes et externes (*cutanées*). Ces fistules n'ont pas été admises par tous les auteurs, *Foubert* en a absolument nié l'existence, et il disait que, dans les cas mêmes où il n'avait pu trouver l'orifice intérieur par aucun procédé, il l'avait toujours rencontré dans la portion de chair qu'il avait emportée en opérant par la méthode de l'extirpation. Telle était l'opinion de *Sabatier*. Cependant l'existence de cette fistule est, pour M. le professeur *Boyer*, une chose démontrée; et son opinion est fondée sur ce qu'ayant eu occasion de disséquer le corps de plusieurs individus morts avec une fistule à l'anus, il s'est convaincu que, chez quelques-uns, ces fistules n'avaient aucune communication dans l'intestin.

On les reconnaîtra à ce qu'elles ne causent que peu de douleurs aux malades, qui ne rendent ni gaz, ni mucosités intestinales par le trajet fistuleux, duquel suinte ordinairement un pus sans odeur et de bonne qualité. Si on introduit un stylet, il ne pénètre pas dans le rectum; si on pousse une injection, elle revient en entier par l'orifice extérieur.

Prognostic. On a considéré pendant long-temps les fistules à l'anus comme des maladies graves et très-difficiles à guérir : cette opinion avait sa source dans les idées fausses que l'on s'était formées sur leur nature, et dans les méthodes de traitement ou insuffisantes ou longues, et souvent très-douloureuses, que l'on mettait en usage; mais on est revenu de cette opinion, depuis que l'on a mieux jugé les causes qui les entretiennent et adopté des méthodes de traitement aussi simples que rationnelles.

On peut dire, en général, que la fistule à l'anus n'est point une maladie dangereuse, et que l'opération employée pour la guérir est l'une des plus simples de la chirurgie.

Cependant le prognostic que l'on portera sur cette maladie ne peut

pas toujours être le même, il devra varier suivant l'état de simplicité ou de complications de la maladie locale, suivant son ancienneté, suivant l'état général de l'individu.

Traitement. Le but qu'on se propose, en opérant la fistule à l'anus, est de rendre saignans et enflammés les bords des orifices et des trajets fistuleux, et d'y faire naître des bourgeons charnus.

On a proposé différentes méthodes pour guérir la fistule à l'anus ; ces méthodes sont : la compression, les injections stimulantes et caustiques, les caustiques solides, la cautérisation avec le fer rouge, l'excision ou extirpation, la ligature et l'incision.

Parmi ces moyens, les uns sont insuffisans; tels sont la compression, les injections stimulantes et caustiques ; d'autres, comme les caustiques solides, la cautérisation avec le fer rouge, l'excision, causent des douleurs atroces et peuvent produire des accidens graves ; aussi tous ces moyens sont-ils abandonnés. La ligature et l'incision sont les seuls qu'on emploie aujourd'hui.

Je vais cependant examiner séparément chacun de ses modes de traitement et essayer d'en déterminer la valeur.

Compression. Pour qu'on puisse se promettre quelque avantage de la compression, il faut qu'elle applique exactement et uniformément les unes aux autres les surfaces décollées ; mais pour produire cet effet, elle a besoin d'un point d'appui solide et fixe, et cette condition manque absolument dans le cas dont il s'agit. En effet, l'on exerce la compression de dedans en dehors, au moyen d'une mèche ou d'une canule introduite dans le rectum, et dans ce cas l'action comprimante ne s'étend point au-dessus du sphincter interne ; aussi la compression est-elle un moyen généralement insuffisant.

Injections stimulantes. On a employé pour faire ces injections le vin miellé, la décoction d'orge, à laquelle on ajoutait les sulfates de fer, de zinc, etc. *Dionis* dit qu'à l'époque où Louis XIV fut affecté

de la fistule à l'anus, on traita plusieurs malades par les injections des eaux sulfureuses de Barèges et de Bourbonne ; mais ce fut sans succès, aussi ce moyen est-il aujourd'hui entièrement abandonné.

Injections caustiques. Ce que je viens de dire des injections stimulantes est applicable aux injections caustiques, faites avec une dissolution de nitrate d'argent ou de potasse caustique, etc.

Caustiques solides. La cautérisation décrite par *Hippocrate*, indiquée par *Dionis*, consiste soit à lier la fistule avec un fil enduit d'une substance caustique, soit à consumer peu à peu, avec des trochisques escharrotiques, toutes les chairs comprises entre la fistule et le rectum et la portion de cet intestin correspondante au trajet fistuleux.

On a encore proposé de fendre la fistule avec un couteau rougi au feu. On doit rejeter la cautérisation, non qu'elle ne puisse procurer la guérison, mais parce qu'elle est longue, très-douloureuse, qu'elle peut donner lieu à de graves accidens, tels qu'une inflammation abdominale dangereuse, des convulsions, et, de plus, qu'elle entraîne une perte de substance des sphincters.

L'excision ou l'extirpation, indiquée par *Celse*, qui le premier en fait mention, a été à tort attribuée à *Guy de Chauliac*. C'était le genre d'opération le plus employé avant *Desault*. Cette opération consistait à emporter avec le bistouri la fistule, l'un des côtés du rectum et les callosités environnantes. Pour cela, on passait dans le trajet fistuleux un fil de plomb ou d'argent, ou une sonde plate, flexible, qu'on faisait ressortir par l'anus ; après avoir replié les deux extrémités de ce fil ou de cette sonde, on les tirait à soi de la main gauche, et, pratiquant de chaque côté une incision avec le bistouri, on enlevait ainsi une pièce triangulaire qui contenait la fistule et ses deux orifices. On faisait par là une très-grande perte de substances, on déterminait des douleurs violentes, des hémorrhagies redoutables, une suppuration copieuse, et toujours un resserrement extrême de l'anus, suite de la déperdition de substance que cette ouverture a éprouvée ; aussi cette

opération cruelle et dangereuse est-elle totalement proscrite aujourd'hui.

La ligature est une méthode très-ancienne, puisqu'on la trouve indiquée dans *Hippocrate*. *Celse* l'a très-bien décrite, il se servait d'un fil ordinaire. *Fabrice d'Aquapendente* garnissait d'une boule de cire le stylet destiné à conduire le fil, afin de ne pas blesser le trajet fistuleux; au lieu d'un fil de chanvre, il se servait d'un fil de soie cramoisie, qu'il trouvait plus résistant, et qui, d'après lui, opérait la section par la matière qui le teignait. Il faisait serrer le fil avec un petit morceau de bois, faisant l'office de tourniquet.

A. Paré donnait la préférence à la ligature, et se servait pour cette opération d'un fil composé de chanvre et de crin, qu'il passait dans une grosse aiguille de plomb. *Guillemeau* préférait la ligature à toute autre méthode, et il se servait d'un fil de lin en deux ou trois doubles et retors. *Thévenin* dit qu'il n'a vu aucune fistule résister à ce traitement. Malgré des témoignages aussi favorables, cette méthode était abandonnée quand *Foubert* la retira de l'oubli.

Je n'insisterai pas sur les divers procédés qui ont été mis en usage, et je vais me borner à décrire celui dont on se sert aujourd'hui lorsqu'on a recours à cette méthode.

On introduit l'extrémité d'un fil de plomb ou d'argent dans l'orifice extérieur de la fistule, et on le pousse comme si on faisait usage du stylet boutonné. Le doigt indicateur de la main gauche, placé dans le rectum, reçoit cette extrémité, la courbe en bas et l'attire au dehors. Lorsque les parties comprises entre la fistule et l'intestin sont ainsi embrassées, on réunit les fils et on les tord sur eux-même, jusqu'au point d'exercer une constriction modérée. On place de chaque côté du nœud formé par la jonction des fils deux petits bourdonnets de charpie, qui préservent la peau du contact de ce nœud.

La ligature est une méthode rationnelle, en général peu douloureuse, n'exposant les malades à aucun des accidens des méthodes précédentes. Pendant la durée du traitement, ils peuvent vaquer à leurs affaires; la suppuration est nulle, et la cicatrisation s'opère der-

rière la ligature, à mesure que celle-ci fait des progrès vers l'extérieur, mais la peau résiste plus que le tissu cellulaire et les membranes intestinales; et, lorsque la ligature agit sur la peau, les malades éprouvent de la douleur, et le plus souvent on est obligé, pour y mettre un terme, d'en achever la division par l'instrument tranchant. Ce traitement durant beaucoup plus long-temps que celui par incision, je pense qu'on doit préférer cette dernière méthode, à moins que le malade s'y refuse par la crainte de l'instrument tranchant, ou que la faiblesse de celui-ci soit telle, que la moindre opération serait dangereuse.

Incision. C'est encore à *Hippocrate* que nous devons cette méthode, mais il voulait qu'après l'incision des parties on les saupoudrât de vert-de-gris. *Celse, Galien, Paul d'Égine* la recommandent aussi; *A. Paré* la conseille seulement pour les fistules légères et superficielles, et il dit que cette opération doit être faite avec des ciseaux propres à cet usage ou un bistouri courbe. Mais ce ne fut qu'au dix-septième siècle qu'elle commença à être appréciée, lorsqu'on l'eût pratiquée sur Louis XIV; et depuis cette époque elle a presque généralement obtenu la préférence. Mais, parmi les modernes, c'est surtout *Pott* et *Desault* qui ont le plus contribué à la faire préférer à toutes les autres méthodes.

Deux ou trois jours avant de pratiquer cette opération, on y prépare le malade par un régime convenable et on diminue la quantité de ses alimens; on fait prendre un lavement la veille du jour où il doit être opéré, et un autre quelques heures avant l'opération, pour vider le gros intestin.

Quoique ce soit une opération en général fort simple, on a cependant imaginé et conseillé pour l'exécuter une foule d'instrumens, qui tous ont été successivement employés et abandonnés. Il me suffira d'en indiquer quelques-uns, tels que le syringotome de *Galien*, espèce de couteau falciforme, et terminé à la pointe par un stylet flexible qu'on engageait de dehors en dedans, et qu'on ramenait par

l'anus avec le doigt; en continuant de pousser en avant, on opérait la section de la fistule. Le bistouri royal ou de *Félix*, composé d'une chape recouvrant une lame terminée aussi par un stylet : on introduisait l'instrument recouvert de sa chape dans la fistule; lorsque le stylet était ramené à l'extérieur, on retirait la chape, et l'opération se terminait comme dans le cas précécent. Ces instrumens sont entièrement abandonnés, ainsi que plusieurs autres, tels que le bistouri de *Petit*, le bistouri herniaire caché de *Garengeot*, etc.

M. le professeur *Dubois* se sert du bistouri courbe boutonné, dont il introduit la lame dans le rectum à travers la fistule; il applique son doigt sur le bouton qui la termine, et appuyant alors sur ce bouton, et de l'autre main sur le manche de l'instrument, il opère la section.

Maintenant, la plupart des praticiens exécutent cette opération de la manière suivante : le malade, couché comme nous l'avons indiqué en parlant de la manière de sonder les trajets fistuleux; un aide soulève la fesse, et le chirurgien introduit dans la fistule une sonde cannelée, qu'il ramène par l'anus au moyen du doigt introduit dans le rectum, puis, avec un bistouri ordinaire, il incise toutes les chairs que cette sonde soulève.

M. *Larrey*, au lieu de sonde, emploie un stylet d'argent flexible et présentant une cannelure dans une partie de sa longueur.

Si, par hasard, la fistule s'ouvrait très-haut dans l'intestin, ce qui doit être extrêmement rare, le procédé que nous venons d'indiquer serait d'une exécution difficile et douloureuse; il faudrait alors adopter celui de *Desault*. Voici en quoi il consiste : le chirurgien introduit dans l'anus l'indicateur gauche enduit de cérat, en tourne la face palmaire du côté de la fistule; prend de l'autre main la sonde cannelée sans cul-de-sac, qu'il introduit et pousse dans le trajet fistuleux, en la conduisant avec le doigt placé dans l'intestin. Cela fait, il retire le doigt, porte à sa place le gorgeret de bois légèrement enduit de cérat; engage, par de légers mouvemens latéraux, le bout de la sonde dans le cul-de-sac du gorgeret, soit immédiatement lorsqu'elle a passé par l'ori-

fice fistuleux, soit médiatement en poussant devant elle l'intestin lorsque la fistule est borgne et externe : l'opérateur confie alors le gorgeret à un aide, et conduit sur la sonde un bistouri, qu'il enfonce jusqu'au gorgeret, et avec lequel il coupe tout ce qui est compris entre le trajet fistuleux et l'anus. Cela fait, il le retire, en tenant toujours l'un contre l'autre le gorgeret et la sonde, afin de s'assurer que rien n'a échappé à l'instrument ; et si quelque partie n'a pas été divisée, il porte de nouveau le bistouri dans la cannelure de la sonde pour rendre l'incision complète.

Quand le rectum est dénudé au-delà de la perforation, doit-on n'inciser que comme à l'ordinaire, ou bien l'incision doit-elle s'étendre jusqu'au point le plus élevé de la dénudation? Les uns, tels que *Desault*, et aujourd'hui M. *Roux*, veulent qu'on incise le rectum jusqu'au plus haut de la dénudation ; ils substituent par là une inflammation franche à l'ulcération qui existait. D'autres, au contraire, tels que *Sabatier*, MM. *Dubois*, *Larrey*, *Ribes*, *Amussat*, n'étendent leur incision que jusqu'à l'endroit où existe l'orifice interne ; ce moyen leur a toujours réussi.

Il faut avoir soin d'inciser tous les trajets secondaires de la fistule ; lorsque la peau est dénudée dans une grande étendue, on est souvent obligé d'en exciser une portion.

Pour le traitement des fistules borgnes et internes (*rectales*, on attend quelquefois que le pus fasse saillie sous la peau : alors on ouvre comme un abcès, ou on sonde l'orifice interne en dirigeant le stylet vers la peau, et on incise sur lui ; puis on se comporte comme dans le cas de fistules complètes.

Pour les fistules borgnes et externes (*cutanées*), il faut perforer le rectum et agir de la même manière ; cependant M. le docteur *Ribes* pense que la dénudation n'est jamais assez grande, ni le tissu cellulaire assez complètement fondu pour qu'on désespère du recollement de l'intestin avec les parties voisine ; et dans ce cas on ne doit jamais, d'après ce praticien, inciser l'intestin. *J.-L. Petit* conseillait de faire une in-

cision sur l'orifice externe de l'anus : cette section contribue, suivant lui, à la promptitude et à la sûreté de la guérison.

Le pansement après l'opération demande beaucoup d'attention, et cependant tous les praticiens n'ont pas été d'accord sur la manière dont il doit être fait. Quelques chirurgiens, et en particulier *Pouteau* et *Carré* de Lyon, ont donné le précepte de panser à plat : cette méthode est peu sûre; les bords de la plaie récente peuvent se réunir trop promptement, et alors la fistule reste. *Sabatier* et M. *Boyer* ont vu cet accident.

On pansera de la manière suivante : on introduira dans l'anus, à l'aide d'une tige d'acier ou d'argent légèrement bifurquée à son extrémité, et en la faisant glisser le long de la paroi du rectum opposée à l'incision, une mèche de charpie; et, quand elle sera parvenue à la partie la plus élevée de la plaie, on l'enfoncera entre ses bords, de manière à les tenir écartés et à empêcher qu'ils ne se réunissent avant le fond. Un plumasseau légèrement enduit de cérat, quelques compresses et un bandage en T compléteront l'appareil.

On le lève au bout de deux ou trois jours, et quand la suppuration est bien établie, on panse avec une mèche enduite de cérat; on la renouvelle et on continue jusqu'à ce que le fond de l'incision soit au niveau de la surface interne du rectum. Alors on supprime la mèche et on panse à plat. Dans le cours du traitement, on est quelquefois obligé de réprimer les chairs fongueuses avec le nitrate d'argent fondu.

Le malade, après l'opération, gardera le repos pendant quelques jours, et sera mis à l'usage d'un régime convenable et d'alimens qui laissent peu de résidus.

A la suite de l'incision, il ne reste ordinairement ni incontinence des matières fécales, ni douleur dans leur excrétion.

Les accidens qui peuvent résulter de cette opération sont : l'hémorrhagie, l'inflammation de l'intestin, de la vessie et du péritoine; des dépôts gangréneux, la diarrhée, une suppuration trop abondante et de mauvais caractères.

On redoutera l'hémorrhagie quand on aura incisé profondément, et qu'on aura senti d'avance, avec le doigt, de gros vaisseaux le long de la partie à inciser du rectum. On se rend quelquefois maître de cette hémorrhagie en introduisant dans la plaie une très-grosse mèche de charpie. Si elle n'arrêtait pas l'hémorrhagie, on pourrait avoir recours à l'un des procédés suivans. Celui de *J.-L. Petit* consiste à introduire profondément dans le rectum, au-dessus de la plaie, un gros bourdonnet de charpie, lié à son milieu avec un fil double dont on laisse pendre les extrémités hors de l'anus; à remplir la plaie de bourdonnets serrés, et à placer à l'extérieur un tampon de charpie qu'on assujettit avec les fils attachés au premier bourdonnet. *Levret* a employé avec succès un autre procédé : il introduisit dans le rectum une vessie mouillée vide, et il la distendit avec de l'air. *Desault*, dans un cas où les procédés de *Petit* et *Levret* avaient échoué, poussa dans l'intestin le milieu d'un linge carré, en retenant les quatre coins hors de l'anus, et remplit avec de la charpie l'espèce de sac qu'il forme. Quel que soit le procédé que l'on emploie, il faut surveiller attentivement le malade, parce que le sang, ne s'écoulant plus à l'extérieur, peut s'accumuler dans l'intestin.

Le gonflement du ventre, le refroidissement des extrémités, la décoloration du visage, la faiblesse et la fréquence du pouls, ainsi que la diminution rapide des forces, sont les signes qui feraient reconnaître cette hémorrhagie interne. Dans ce cas, il faut promptement lever l'appareil, donner un lavement à l'eau froide, écarter les bords de la plaie, tamponner de nouveau, ou, ce qui est plus sûr, porter un bouton de feu sur l'endroit d'où jaillit le sang; cependant, si cet endroit était assez rapproché de l'anus pour qu'on pût facilement apercevoir le vaisseau, il vaudrait mieux l'isoler et en faire la ligature ou la torsion.

L'inflammation de l'intestin, de la vessie et du péritoine réclame un traitement antiphlogistique local et général. Les dépôts gangréneux forcent de renoncer aux mèches, et font recourir aux grandes incisions, aux injections émollientes ou antiseptiques, suivant l'état

des chairs. La diarrhée est quelquefois occasionée par la présence de la mèche ; il suffit, pour faire cesser cet accident, de ne pas laisser celle-ci à demeure. Si elle dépend d'une autre cause, on la traitera par les moyens appropriés.

L'abondance et la dépravation de la suppuration seront combattues par un régime analeptique et par le transport du malade dans un lieu plus salubre.

Je termine là un sujet qui aurait mérité d'être traité d'une manière plus étendue et plus parfaite, mais le temps et les forces me manquaient ; c'est pourquoi j'implore l'indulgence de mes lecteurs, espérant qu'ils voudront bien se rappeler en ma faveur ce qu'a dit le célèbre La Bruyère :

« Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut « se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, doit avoir sans « doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. »

OBSERVATION.

M. Auguste Niogret, âgé de trente-neuf ans, d'un tempérament nerveux, né de parens sains, ayant été atteint d'une maladie vénérienne il y a huit ans, laquelle, guérie incomplètement, s'est renouvelée à différentes reprises et sous diverses formes. En 1825 apparurent des tumeurs hémorrhoïdales qui résistèrent aux sangsues, bains de siége, etc. Les douleurs aiguës qu'il endurait, surtout au moment des selles, l'anxiété qui résultait de ses souffrances, contribuèrent beaucoup à altérer sa santé. Depuis neuf mois une fistule à l'anus s'était formée consécutivement à l'inflammation des hémorrhoïdes et a fourni une grande quantité de pus qui l'incommodait considérablement par son odeur et par l'assujettissement auquel il était condamné. Il se décida donc, au mois de novembre dernier, à entrer dans un des hôpitaux de Paris. Là, un chirurgien très-expérimenté l'examina attentivement, explora le rectum, le crut affecté de cancer, et refusa de l'opérer. Six semaines après, M. Niogret sortit de l'hôpital

et consulta M. le docteur *Amussat*. Ce chirurgien ne voulut point d'abord opérer ce malade ; il lui recommanda les soins de propreté et un régime fortifiant : mais cet homme le suppliant de nouveau de l'opérer, en disant que la mort était préférable à l'état dans lequel il se trouvait, M. *Amussat* l'examina de nouveau, et pensa, d'après l'inspection des parties, que le malade n'était pas atteint d'un cancer du rectum ; que peut-être il existait chez lui une diathèse cancéreuse annoncée par son teint d'une couleur jaune-paille ; mais que, cette affection n'étant point évidemment déclarée, l'opération de la fistule à l'anus n'était pas contr'indiquée. Il ne se dissimula pas les dangers que courait le malade ; mais entrevoyant quelques chances de succès, et le malade étant entièrement décidé à subir l'opération, elle fut résolue et fixée au 21 décembre 1827.

M. *Amussat*, ainsi que les personnes présentes à l'opération, reconnurent quatre ouvertures fistuleuses au pourtour de l'anus, l'une sous-cutanée qui s'étendait jusqu'au coccyx. Il fut reconnu, pendant l'opération, qu'à cet endroit elle formait un coude, et se dirigeait vers le rectum ; deux placées au devant de l'anus, distantes d'un travers de doigt et communiquant avec l'intestin ; et que la quatrième, formée dans l'épaisseur d'une hémorrhoïde, communiquait aussi à l'intérieur. Le rectum fut exploré, et à un pouce de profondeur on reconnut bien manifestement des fongosités qui formaient une espèce de bourrelet à la partie interne de l'intestin. Cet examen terminé, M. *Amussat* se disposa à opérer le malade; mais jugeant prudemment que, s'il comprenait dans son opération les quatre trajets fistuleux, le nombre et la grandeur des plaies résultant des incisions nécessaires exigeant un travail inflammatoire très-actif et une suppuration fort abondante, il serait à craindre que les forces du malade fussent insuffisantes pour le supporter ; il se décida à partager son opération en deux temps, à exécuter de suite le premier temps, se réservant de terminer par l'exécution du second temps, seulement après la guérison du premier, espérant par cette conduite éviter des douleurs au malade, une fièvre intense, et assurer le succès de son opération. Ce

parti pris, M. *Amussat*, après avoir fait placer le malade convenablement, introduisit une sonde cannelée, acérée à son extrémité, dans l'orifice de la fistule qui se dirigeait vers le coccyx, et, arrivé à l'obstacle, il perça la peau, et confia la sonde à un aide ; un bistouri droit fut conduit sur la sonde, et fendit d'un seul coup tout le trajet fistuleux ; après quoi le chirurgien fit l'excision d'une portion du bord gauche de la solution de continuité, qui avait un aspect lardacé. Un stylet porté au fond de la plaie qu'on venait de faire ne rencontrant point le doigt indicateur porté dans le rectum, M. *Amussat* perfora cet intestin, fendit le trajet fistuleux, et agrandit du côté du rectum la solution de continuité avec un bistouri boutonné et concave. Une mèche de charpie d'une moyenne grosseur fut introduite dans l'intestin ; des plumasseaux de charpie furent placés entre les bords de la plaie, des compresses longuettes furent appliquées par-dessus ; le tout fut maintenu par un bandage en T.

L'opération fut soutenue courageusement par le malade ; il fut mis à la diète. Aucun accident ne survint pendant les huit premiers jours qui suivirent l'opération ; mais, le 25 décembre, il survint un gonflement inflammatoire du scrotum et du pénis qui causèrent quelques inquiétudes au chirurgien. Le pouls devint fréquent, élevé ; le sommeil se dérangea : des cataplasmes émolliens effectuèrent la résolution de l'engorgement des parties génitales ; quelques potions diacodées lui rendirent le sommeil. Le 28 décembre, le malade fut mis à l'usage des lavemens émolliens et des bains locaux et généraux, rendus astringens par l'écorce de chêne. Dans les premiers jours de janvier, la plaie commença à marcher vers la cicatrisation. Le 10 janvier, le malade alla, pour la première fois, à la selle depuis l'opération. (Les lavemens qu'on lui administrait étaient rendus en même temps qu'ils étaient reçus, sans entraîner de matière fécale.) Il eut deux selles très-abondantes, formées de matières solides et bien moulées, qui le fatiguèrent beaucoup.

Mais le malaise qu'il éprouva n'eut aucune suite, et la cicatrisation, faisant tous les jours des progrès, la guérison fut complète vers la fin de janvier.

Le 11 février, le deuxième et dernier temps de l'opération fut pratiqué. M. *Amussat* débrida les trois autres fistules avec un bistouri concave boutonné qu'il passa successivement dans chacune d'elles; puis, saisissant en totalité l'hémorrhoïde dans laquelle s'ouvrait la quatrième fistule, il en fit l'ablation, il détruisit quelques clapiers environnans et pansa la plaie avec de la charpie après avoir introduit, comme précédemment, une mèche dans le rectum. Le 14 février, on leva l'appareil, il n'était survenu ni hémorrhagie, ni aucuns accidens. Le pansement fut fait de la même manière. Dans les premiers jours de Mars la plaie était entièrement cicatrisée, les mèches furent supprimées. La cicatrice la plus complète et la mieux établie se présente à l'observateur. L'intestin rectum, long-temps distendu par des mèches de plus en plus grosses, présente une dilatation suffisante pour le libre passage des matières fécales, que le malade garde assez bien, avantage qui résulte de la conservation d'une portion des fibres du sphincter de l'anus. Cet orifice présente maintenant la figure d'un 8 de chiffre. Pendant que tous ces changemens favorables s'opéraient du côté de l'anus, des phénomènes non moins remarquables apparaissaient dant toute l'économie; le teint du malade, qui auparavant présentait un aspect sale et terreux, s'éclaircissait chaque jour, les yeux ont repris toute la vivacité et le brillant dont ils sont susceptibles. Les forces générales sont revenues, et actuellement (Mai 1828) M. Niogret peut se livrer à ses occupations, aux exercices que celles-ci nécessitent sans en éprouver le moindre dérangement; et depuis deux ans et demi que cette guérison est terminée, ils n'est survenu aucun accident, et même M. Niogret jouit d'une très-bonne santé.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* DE MERCY.)

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

Si quis sanguinem et pus mingat, et squamas, et odor gravis sit, vesicæ exulcerationem significat. *Sect.* 4, *aph.* 81.

V.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 38.

VI.

In acutis morbis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.